

Uit de pers gelicht

Ongewild urineverlies bij vrouwen: door artsen onderschat?

M. FINOULST^{1, 2, 5}, P. VANKRUNKELSVEN^{2, 3}, F. VAN DER AA⁴

Het Nieuwsblad 7 november: „Huisartsen moeten meer aandacht hebben voor urineverlies bij vrouwen.”

„Volgens VIVA-SVV, de Antwerpse vrouwenwerking van de socialistische mutualiteit De Voorzorg, zouden huisartsen vaker moeten informeren naar incontinentieproblemen bij vrouwen. Bij een bevraging onder 725 vrouwen ouder dan 25 jaar, blijkt iets meer dan de helft op zijn minst occasioneel last te hebben van ongewild urineverlies.”

Inleiding

Het ongewild urineverlies waar de vrouwenorganisatie op doelt, is stress- of inspanningsincontinentie, veruit de vaakst voorkomende vorm die vooral oudere vrouwen treft die kinderen hebben gebaard. Daarnaast bestaan nog andere vormen: „urgency”- of aandrangincontinentie, overloopincontinentie, functionele incontinentie en mengvormen. Stressincontinentie betekent het niet kunnen ophouden van urine tijdens activiteiten waarbij de abdominale druk toeneemt: hoesten, niezen, lachen, heffen, lopen, plotse bewegingen.

Ongeveer de helft van alle vrouwen met ongewild urineverlies rapporteert deze vorm. Eén op vijf heeft daarnaast ook urgency-incontinentie. De voornaamste oorzaak van stressincontinentie is oprekking of verzwakking van de bekkenbodemspieren door ouderdom, bevallingen, hormonale veranderingen in de menopauze en overgewicht. Een systematische review uit 2008 geeft volgende prevalentiecijfers: 19% van de vrouwen tussen 19 en 44 jaar tot 30% vanaf 65 jaar (1). Bij mannen komt

stressincontinentie zelden voor, meestal na behandeling van prostaatkanker of na een bekkenfractuur. Uit een bevraging bij 606 Amerikaanse vrouwen met stressincontinentie over de mate van subjectieve hinder, zegt 22,5% er geen last van te hebben, 48,8% vindt het in beperkte mate hinderlijk en 28,8% ervaart matige tot ernstige problemen (2). Van deze laatste groep had slechts 46,6% haar arts hierover geraadpleegd.

Niet-chirurgische behandelingsopties

In een recente Britse richtlijn over stressincontinentie worden de verschillende behandelingsopties opgelijst in functie van bestaande evidentie (3). Wat wel werkt: bekkenbodembre-educatie, vermageren in geval van overgewicht, matige fysieke activiteit, en voor vrouwen met een gemengde vorm van incontinentie (stress- en urgency-) helpen daarbovenop gedragstherapie en blaastraining. Voor de volgende maatregelen bestaat geen evidentie: stoppen met roken, behandelen van constipatie, aanpassen van de vochtinname en elektrische stimulatie van de bekkenbodemspieren. Geneesmiddelen bieden voor zuivere stressincontinentie geen uitkomst. Het antidepressivum duloxetine wordt soms voorgesteld, maar goed ontworpen gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) konden geen langetermijneffect aantonen (1) en de meeste patiënten stoppen de behandeling vanwege belangrijke bijwerkingen. Anticholinergica als

¹ Arts-journalist.

² Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine.

³ Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven.

⁴ Dienst urologie, UZ Leuven campus Gasthuisberg.

⁵ Correspondentieadres: M. Finoulst, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 33 bus J, 3000 Leuven; e-mail: marleen.finoulst@cebam.be

oxybutynine en tolterodine zijn enkel nuttig ingeval naast stressincontinentie ook urgency aanwezig is (gemengde vorm).

Bekkenbodemre-educatie

Bekkenbodemre-educatie is erop gericht de conditie en de kracht van de bekkenbodemspieren en het urethrale sfinctermechanisme te verbeteren door middel van regelmatige oefeningen. Voor bekkenbodem- en blaastraining wordt best doorverwezen naar een gespecialiseerde kinesitherapeut, terug te vinden via de beroepsvereniging van kinesitherapeuten gespecialiseerd in pelvische re-educatie (<http://www.bgkvgr.be>). Patiënten leren middels oefeningen spieren ontspannen en urine ophouden en moeten, naast de professionele begeleiding, dagelijks thuis oefenen en de oefeningen onderhouden. Uit een recente Cochrane-review die achttien studies omvatte met betrekking tot 1.281 vrouwen, blijkt bekkenbodemre-educatie veel beter dan niets doen: in de helft van de gevallen meldden vrouwen een volledige genezing of een sterke verbetering (4). Dit was acht tot zeventien keer beter dan de controlegroep. De vrouwen die bekkenbodemre-educatie volgden waren in het algemeen tevreden over de therapie en zochten minder vaak verdere behandeling in vergelijking met de controlegroep. De bekkenbodemspieroefeningen hadden tegelijkertijd een gunstige impact op het seksuele functioneren (4). Bekkenbodemre-educatie is de beste niet-chirurgische behandeling van stressincontinentie. Vrouwen die baat hebben bij bekkenbodemspieroefeningen en minstens éénmaal per week hun bekkenbodem blijven trainen, zijn ook op lange termijn tevreden over het resultaat (5). Biofeedback kan worden gebruikt bij bekkenbodemre-educatie om een indicatie te krijgen over de rustactiviteit, het aanspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren. Biofeedback is geen behandeling op zich.

Minimaal invasieve chirurgie

Als bekkenbodemre-educatie onvoldoende verbetering brengt of niet wenselijk is, is een slingoperatie aangewezen. Bij deze minimaal invasieve techniek wordt een kunststoffen bandje rondom de urethra geplaatst om deze te ondersteunen. Dit bandje wordt sling of „tension free vaginal tape” (TVT) genoemd. Een Nederlands gerandomiseerd multicentrumonderzoek vergeleek

bekkenbodemre-educatie met een slingoperatie bij vrouwen met matige tot ernstige stressincontinentie: 90,8% van de vrouwen in de operatiegroep meldde een subjectieve verbetering tegenover 64,4% in de groep bekkenbodemre-educatie (6). Ander onderzoek toont dat 25 tot 50% van de vrouwen die aanvankelijk tevreden waren met bekkenbodemre-educatie na drie tot vijftien jaar toch overschakelen naar chirurgie (7, 8). Sinds de introductie eind jaren 90 is de slingoperatie de gouden standaard geworden in de heelkundige behandeling van stressincontinentie. Een zeventien jaar durende opvolgstudie met betrekking tot 90 vrouwen toont dat meer dan 90% van hen objectief nog steeds klachtenvrij is en 87% subjectief genezen of sterk verbeterd is (fig. 1) (9). Bijwerkingen worden zelden gerapporteerd. Vrouwen met matige tot ernstige, overwegend stressincontinentie worden best gecounseld over de pro's en contra's van bekkenbodemre-educatie en slingoperatie, zodat ze zelf kunnen kiezen welke behandelingsoptie voor hen de interessantste is. Bekkenbodemre-educatie vergt een blijvende inspanning en is doeltreffend in ongeveer 50% van de gevallen. De nadelen van een slingoperatie zijn alle gerelateerd aan de ingreep zelf: blaasperforatie (2,8%), vaginale perforatie (3,7%) en reoperatie om de sling aan te passen (2,8%) (6).

Nieuwe technieken

Reeds in 2001 werd een andere heelkundige techniek ontwikkeld die algemene verdoving, die gebruikelijk is bij een slingoperatie, overbodig maakt (10). De „transobturator tape” (TOT) wordt via het foramen obturatorium van het bekken aangebracht: deze alternatieve chirurgische toegangsweg zou het risico op

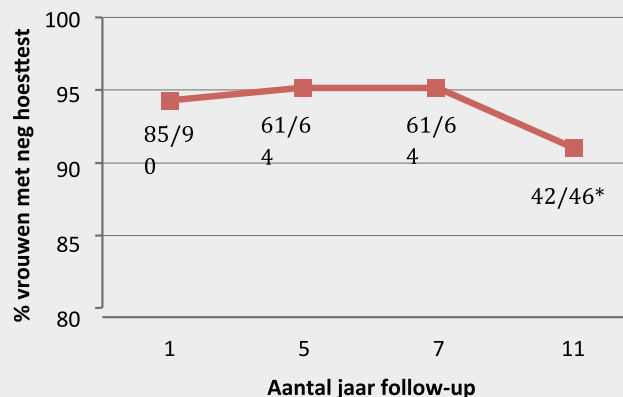


Fig 1: Hoesttest bij vrouwen die een slingoperatie ondergingen.

(*aantal vrouwen die beschikbaar waren voor de test) (9).

perioperatoire blaas- en darmletsels verminderen. Een vergelijkende studie tussen de sling- en TOT-operatie vindt na twaalf maanden opvolging vergelijkbare subjectieve en objectieve resultaten en minder neveneffecten (11). Een recentere innovatie is de ontwikkeling van een kortere propyleentape, genaamd „single incision mini-sling” (SIMS), die via één enkele vaginale incisie suburethraal wordt aangebracht. Volgens een meta-analyse met betrekking tot 26 studies en meer dan 3.000 vrouwen werden geen significante verschillen gevonden in objectieve en subjectieve resultaten tussen SIMS en de klassieke slingoperatie in een opvolgperiode van negentien maanden, behoudens een trend tot meer heringrepen in de SIMS-groep (12). De follow-up met SIMS is nog steeds beperkt in vergelijking met de klassieke tapes. Bovendien bestaan er verschillende subtypen die niet noodzakelijk evenwaardig zijn.

Besluit

Stressincontinentie is een vaak voorkomend probleem bij vrouwen. Het ongewild urineverlies kan leiden tot ernstige subjectieve hinder waarvoor slechts in de helft van de gevallen een arts wordt geraadpleegd. Het is dan ook een terechte bekommernis dat artsen meer aandacht zouden moeten besteden aan dit probleem. Er bestaan immers goede behandelingsopties. Bekkenbodemre-educatie onder leiding van een gespecialiseerde kinesitherapeut biedt behoorlijke resultaten mits de oefeningen rigoureus worden uitgevoerd. Daarnaast is minimale invasieve chirurgie, met name de slingoperatie, een uitstekende behandeling met zeer goede resultaten, ook op lange termijn, en weinig bijwerkingen.

Mededeling

Deze rubriek loopt in samenwerking met het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 33 bus J, 3000 Leuven.



Literatuur

1. SHAMLIYAN TA, KANE RL, WYMAN J, WILT TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med* 2008; 148: 459-473.
2. FULTZ NH, BURGIO K, DIOKNO AC, KINCHEN KS, OBENCHAIN R, BUMP RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling woman. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1275-1281.
3. IMAMURA M, JENKINSON D, WALLACE S, BUCKLEY B, VALE L. Conservative treatment options for women with stress urinary incontinence: clinical update. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 218-220.
4. DUMOULIN C, HAY-SMITH EJC, MAC HABÉE-SÉGUIN G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 5: CD005654.
5. BØ K, TALSETH T. Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 261-265.
6. LABRIE J, BERGHMANS BLCM, FISHER K, MILANI AL, VAN DER WIJK I. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med* 2013; 369: 1124-1133.
7. CAMMU H, VAN NYLEN M, BLOCKEEL C, KAUFMAN L, AMY JJ. Who will benefit from pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1152-1157.
8. BO K, KVARSTEIN B, NYGAARD L. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 999-1005.
9. NILSSON CG, PALVA K, AARNIO R, MORCOS E, FALCONER C. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol* 2013; 24: 1265-1269.
10. DELORME E. Transobturator urethral suspension: minimally-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Progrès en Urol* 2001; 11: 1306-1313.
11. RICHTER HE, ALBO ME, ZYCZYNSKI HM, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med* 2010; 362: 2066-2076.
12. MOSTAFA A, PHAY LIM C, HOPPER L, MADHUVRATA P, ABDEL-FATTAH M. Single-incision mini slings versus standard midurethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence: an updated systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *Eur Urol* 2014; 65: 402-427.